

Einfluss von Angststörungen und Depression auf den Therapieerfolg bei Patienten mit somatoformen Störungen

Jens Heider · Alexandra Zaby

Psychotherapeutische Universitätsambulanz Landau, Germany

English Version available at
www.karger.com/doi/10.1159/000323957

Schlüsselwörter

Somatoforme Störungen · Depression · Angststörungen · Kognitive Verhaltenstherapie · Prädiktoren · Therapieerfolg

Zusammenfassung

Hintergrund: Patienten mit somatoformen Störungen leiden häufig komorbid unter Depressionen oder Angststörungen. Ziel der Studie ist es, deren Einfluss auf den Erfolg kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapie bei somatoformen Störungen zu klären. **Methode:** In einem längsschnittlichen Untersuchungsdesign wurde an 106 Patienten, die an einer ambulanten Gruppenintervention zur Bewältigung somatoformer Beschwerden teilgenommen haben, die Bedeutung komorbider Depression und Angststörungen für die Prädiktion des Therapieerfolgs untersucht. **Ergebnisse:** In bivariaten Analysen zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen komorbider Angst, Intensität der somatoformen Störung und dem kurzfristigen und katamnesticen Therapieerfolg. Das Vorliegen einer Depression war nicht mit dem Therapieerfolg assoziiert. In multiplen Regressionsanalysen konnte jedoch nur eine hohe Intensität der somatoformen Störung als Prädiktor für den Therapieerfolg bestätigt werden. **Schlussfolgerung:** Auch schwerer beeinträchtigten Patienten mit somatoformen Störungen und Patienten mit komorbider Depression oder Angststörungen kann eine ambulante kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie zur Symptombewältigung empfohlen werden.

Keywords

Somatoform disorders · Depression · Anxiety disorder · Cognitive-behavioral therapy · Prediction · Therapy outcome

Summary

Influence of Anxiety and Depression on Therapy Outcome in Patients with Somatoform Disorders

Background: The study aimed at assessing the influence of comorbid depression and anxiety disorder on the outcome of cognitive-behavioral therapy in patients with somatoform disorders. **Methods:** In this prospective study including 106 patients with somatoform disorders receiving an outpatient cognitive-behavioral group intervention, the influence of depression and anxiety on therapy outcome was determined, while controlling for severity of symptoms and sociodemographic variables. **Results:** Bivariate analysis found a significant positive association between comorbid anxiety, somatization severity and short- and long-term therapy outcome. Depression did not predict therapy outcome. In multiple regression analysis only high somatization severity was associated with favorable treatment response. **Conclusion:** The results suggest that outpatient cognitive-behavioral therapy is beneficial even for patients with severe somatoform disorders and with comorbid depression and anxiety.

Hintergrund

Somatoforme Störungen gehen häufig mit anderen psychischen Störungen, insbesondere Depression und Angststörungen, einher [Lieb et al., 2007]. In Studien konnten Lebenszeitprävalenzen von Depressionen bei Patienten mit dem Vollbild einer Somatisierungsstörung nach DSM-III-R zwischen 47% und 94% gefunden werden [Ebel und Podoll, 1998]. Untersuchungen zu subsyndromalen Formen der Somatisierungsstörung kommen zu vergleichbaren Komorbiditätsraten [Creed und Barsky, 2004; Garyfallos et al., 1999]. Die zweithäufigsten komorbiden psychischen Störungen stellen Angststörungen, insbesondere generalisierte Angststörung und Panikstörung, dar. Hier werden Komorbiditätsraten zwischen 31% und 54% mit der generalisierten Angststörung [Leibbrand, 1997] und zwischen 10% und 48% mit der Panikstörung [Ebel und Podoll, 1998] berichtet.

Komorbid psychische Störungen können den Verlauf und die Veränderbarkeit der somatoformen Störung beeinflussen [Leibbrand et al., 1999]. So kann einerseits der depressionsbedingte Verlust des Antriebs zur Zunahme körperlichen Schonverhaltens führen und damit die Symptome der somatoformen Störung verstärken. Andererseits können die ausgeprägteren psychosozialen Ursachenattributionen somatoformer Patienten mit komorbider Depression – im Gegensatz zu den Attributionen nur somatoform beeinträchtigter Patienten – zu einer besseren Akzeptanz psychotherapeutischer Behandlungen beitragen [Henningsen et al., 2005; Martin et al., 2007]. Die empirischen Befunde zum Einfluss komorbider Depression und Angststörungen auf den Erfolg kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen bei Patienten mit somatoformen Störungen sind dementsprechend inkonsistent:

In einem 2-Jahres-Follow-up an 30 Patienten einer psychosomatischen Klinik mit einer somatoformen Störung waren Patienten mit komorbider affektiver Störung häufiger unter den weiterhin somatoform beeinträchtigten Patienten zu finden [Rief et al., 1995]. In weiteren Studien dieser Arbeitsgruppe an größeren Patientengruppen mit somatoformen Störungen, ohne [Leibbrand et al., 1999] bzw. mit sechsmonatigem Katamnesezeitraum [Bleichhardt et al., 2005], konnten keine Zusammenhänge zwischen dem Therapieerfolg und dem Vorliegen einer komorbiden depressiven Störung gezeigt werden. Diese Befunde werden bestätigt durch die kurz- und langfristigen Ergebnisse von Blanchard und anderen [2006] zur Therapieerfolgsprädiktion in der ambulanten Therapie von Patienten mit Reizdarmsyndrom.

Neben diesen Studien, die die prädiktive Bedeutung einer gesicherten, kategorialen Depressionsdiagnose untersucht haben, finden sich weitere empirische Studien, die Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an dimensional erfasster Depressivität und dem Therapieerfolg prüfen. Die Befunde hierzu sind widersprüchlich: Der kurzfristige Therapieerfolg steht in den Arbeiten von Bleichhardt [2005] und Nakao et al.

[2001] sowie in Prädiktorstudien zur Therapie funktioneller somatischer Syndrome [Blanchard et al., 1992; Deale et al., 1997; Keel et al., 1998; Matzen, 2003] nicht in Zusammenhang mit der Ausprägung initial erfasster Depressivität. Im Kontrast dazu konnte Rief [1995] in zwei Studien tendenziell einen positiven Einfluss finden. In drei Studien an Patienten mit funktionellen somatischen Syndromen [Blanchard et al., 2006; Drossman et al., 2003; Turk et al., 1998] zeigte sich ein negativer Einfluss erhöhter Depressivität auf das kurzfristige Therapieergebnis. In der Vorhersage des langfristigen Therapieerfolgs spiegelt sich die heterogene Befundlage wider: Die Mehrzahl der Studien können zeigen, dass der katamnestiche Therapieerfolg nicht mit dem Ausmaß initialer Depressivität assoziiert ist [Bleichhardt et al., 2005; Chalder et al., 2003; Darbishire et al., 2005; Deale et al., 1997; Keel et al., 1998; Matzen, 2003; Ray et al., 1997], wenngleich drei Studien wiederum einen negativen Zusammenhang belegen können [Bentall et al., 2002; Blanchard et al., 2006; Thieme et al., 2007].

Das Vorliegen einer komorbiden Angststörung bei Patienten mit einer somatoformen Störung hat weder kurz- [Bleichhardt et al., 2005; Leibbrand et al., 1999] noch langfristig [Bleichhardt et al., 2005] einen Einfluss auf den Therapieerfolg einer kognitiv-behavioralen Behandlung. Lediglich Blanchard und andere [2006] konnten zeigen, dass das Vorhandensein einer generalisierten Angststörung bei Reizdarmpatienten katamnestiche zu einer größeren Verbesserung in einer von 4 Outcomevariablen führte.

Die Befundlage zum Einfluss dimensional gemessener Angst ist ebenfalls inkonsistent: Einige Untersuchungen finden, unabhängig davon, ob der kurz- oder langfristige Therapieerfolg vorhergesagt wird, keine [Blanchard et al., 1992; Bleichhardt et al., 2005; Chalder et al., 2003; Darbishire et al., 2005] bzw. negative Zusammenhänge [Blanchard et al., 2006; Blanchard et al., 1988; Ray et al., 1997] zwischen der Angstaussprägung und dem Outcome. Demgegenüber war in den Arbeiten von Nakao et al. [2001] und Kolk et al. [2004] ein höheres Angstniveau zu Therapiebeginn kurz- und langfristig mit einem besseren Therapieerfolg assoziiert.

Vor dem Hintergrund dieser Studienlage lässt sich konstatieren, dass in den wenigen vorliegenden Studien das komorbide Vorhandensein einer klinisch relevanten Depression oder Angststörung generell nicht zu einem schlechteren Therapieerfolg unmittelbar nach Therapieende oder zum Katamnesezeitpunkt führt. Häufiger untersucht wurde der kurz- und langfristige Einfluss dimensional erfasster Depressivität oder Ängstlichkeit auf den Therapieerfolg. Die meisten Studien konnten hier ebenfalls keine Zusammenhänge finden. Neben einigen Studien, die negative Einflüsse auf das Therapieergebnis zeigen konnten, liegen hier aber speziell zum Einfluss von Angst auf den Therapieerfolg auch positive Befunde vor.

Die vorliegende Studie soll die Frage klären, ob die bisherigen Befunde zur prädiktiven Bedeutung komorbider

Angststörungen und depressiver Episoden, die bis auf die Studie von Blanchard et al. [2006] ausschließlich im stationären Kontext durchgeführt wurden, auch an einer ambulanten Stichprobe von Patienten mit somatoformen Störungen repliziert werden können. Es wird erwartet, dass Patienten mit einer somatoformen Störung und einer komorbiden Depression oder Angststörung langfristig nicht schlechter von einer kognitiv-behavioralen Therapie profitieren als Patienten ohne komorbide Erkrankungen. Zudem soll der Einfluss dimensional gemessener Ängstlichkeit und Depressivität auf den Therapieerfolg bei somatoformen Störungen weiter geklärt werden.

Methode

Stichprobe

In die Untersuchung einbezogen wurden Patienten einer ambulanten kognitiv-behavioralen Gruppentherapie zur Bewältigung somatoformer Störungen, die die Kriterien einer Somatisierungsstörung, einer undifferenzierten somatoformen Störung, einer Schmerzstörung oder einer Konversionsstörung nach DSM-IV-TR [Saß et al., 2003] erfüllten. Zum Abschluss monosymptomatischer Verlaufsformen mussten die Patienten unter mindestens zwei somatoformen Körpersymptomen leiden [Martin et al., 2007]. In die Untersuchung eingeschlossen wurden zudem nur die Patienten, die die Behandlung abgeschlossen haben («completer»). Ausgeschlossen wurden akut suizidale oder psychotische Patienten sowie Patienten, die aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse oder eingeschränkter Konzentrationsfähigkeit den 90-minütigen Gruppensitzungen nicht folgen konnten. Die Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien erfolgte im Interview durch Psychologische Psychotherapeuten mit Hilfe der Internationalen Diagnosen Checklisten für DSM-IV (IDCL) [Hiller et al., 1997]. Da somatoforme Körperbeschwerden auch Symptome anderer psychischer Störungen darstellen können, waren die Interviewer bei Vorliegen einer Angststörung oder Depression aufgefordert, kritisch zu prüfen, ob die Körperbeschwerden auch außerhalb einer Angstattacke bzw. intensiven Angsterlebens oder einer depressiven Episode auftraten. Bei differentialdiagnostischen Unsicherheiten erfolgte Rücksprache mit den Autoren dieser Arbeit. Zur organmedizinischen Ausschlussdiagnostik wurde für jeden Patienten ein ärztliches Urteil eingeholt.

Die Stichprobenrekrutierung erfolgte über Ärzte und Psychotherapeuten der Primärversorgung sowie über Zeitungsannoncen. Von den 117 positiv für den Studieneinschluss bewerteten Patienten konnten 6 Monate nach Therapieabschluss von 106 Patienten (90,6%) Fragebogen- und Interviewdaten erhoben werden. Die Untersuchungstichprobe war durchschnittlich 48,1 Jahre ($SD = 12,1$) alt und zu drei Viertel (75,5%) weiblichen Geschlechts. 79,2% der Stichprobe erfüllten die Kriterien einer undifferenzierten somatoformen Störung, 12,3% die Kriterien des Vollbildes der Somatisierungsstörung, 7,5% die Kriterien einer Schmerzstörung und ein Patient (0,9%) die Kriterien einer Konversionsstörung nach DSM-IV-TR. Die Patienten litten im Schnitt unter 9,9 ($SD = 5,5$) somatoformen Symptomen. Am häufigsten berichteten die Patienten über Bauch-, Kopf- und Rückenschmerzen sowie Übelkeit, gefolgt von Schwindel, Herzrasen und Müdigkeit. Über die Hälfte der Patienten war erwerbstätig (54,3%) und gab an, durchschnittlich 14,2 Tage in den letzten 6 Monaten arbeitsunfähig gewesen zu sein. Lediglich 4,7% bezogen eine Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente, 10,4% waren bereits in Altersrente. 15,1% waren Hausfrau oder -mann, 4,7% in Ausbildung oder Studium und 6,6% erwerbslos. Aufgrund ihrer Beschwerden waren 23,6% der Patienten im letzten halben Jahr in stationärer Behandlung; 24,6% waren aktuell in ambulanter Psychotherapie.

Studiendesign und Treatment

Nach eingehender Aufklärung und Einwilligung in die Studienteilnahme («informed consent») wurden zu Interventionsbeginn die unabhängigen Prädiktorvariablen und das abhängige Therapieerfolgskriterium (AV) im Interview sowie per Selbstauskunftsfragebögen erfasst. Anschließend nahmen die Patienten an einer vollständig manualisierten, kognitiv-behavioralen Gruppenintervention teil (8 wöchentliche Sitzungen à 90 min). Inhaltlicher Schwerpunkt war neben der Psychoedukation entweder die Vermittlung einer singulären Bewältigungsstrategie, der Progressiven Muskelrelaxation nach Bernstein und Berkovec [1992], oder die Vermittlung verschiedener Strategien wie Aufmerksamkeitsumlenkung, kognitive Umstrukturierung oder Abbau von Schonverhalten [Rief et al., 2002]. Unabhängig von therapeutischen Schwerpunkten waren beide Gruppeninterventionen in einer randomisierten kontrollierten Evaluationsstudie kurzfristig einer Wartekontrollgruppe statistisch signifikant überlegen [Zaby et al., 2008]. Zur 6-Monatskatamnese konnte die durch die Interventionen erzielte Verbesserung der somatoformen Symptomatik aufrechterhalten werden. Zwischen den Interventionen konnten keine substantiellen Unterschiede in der Effektivität eruiert werden [Zaby, 2009]. Die Patienten nahmen durchschnittlich an 7,2 der 8 Gruppensitzungen teil. Zu Therapieende sowie 6 Monate nach Therapieende wurde das Therapieerfolgskriterium erneut erhoben.

Therapieerfolgskriterium

Der kurz- und langfristige Therapieerfolg wurde über die Differenzwerte der Symptomintensität, erfasst mit der Verlaufsform des Screenings für Somatoforme Störungen, SOMS-7 [Rief et al., 1997], operationalisiert.

Prädiktorvariablen

Angst und Depressivität

Die klassifikatorische Diagnostik komorbider Angststörungen und Depression (nach DSM-IV-TR) wurde von Psychologischen Psychotherapeuten mit Hilfe der IDCL durchgeführt [Hiller et al., 1997]. Zudem wurde zur dimensional Erfassung von Angst und Depressivität die deutsche Version der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) vorgelegt [Herrmann-Lingen et al., 1995].

Weitere Prädiktoren

Zur Kontrolle des Einflusses anderer relevanter Prädiktoren (im Überblick bei Heider [2007]) wurde der bisher empirisch am besten belegte Prädiktor, die Intensität und Schwere der somatoformen Symptomatik, mit dem SOMS-7 sowie mit der Anzahl der im Interview genannten somatoformen Symptome bestimmt. Zudem wurden die Variablen Alter, Geschlecht und Bildungsniveau als Kontrollvariablen erhoben.

Auswertung und statistische Analysen

Zunächst wurden in bivariaten Analysen die Zusammenhänge zwischen den Prädiktorvariablen und dem kurz- bzw. langfristigen Therapieerfolgskriterium per Produkt-Moment- bzw. Punkt-biserialer-Korrelation untersucht. Um die Stärke des Einflusses einzelner Prädiktoren zueinander in Beziehung setzen zu können, und gegebenenfalls mehrfach erfasste Informationen bei der Vorhersage nur einmal zu berücksichtigen, wurden dann multifaktorielle Modelle zur Prädiktion des kurz- und langfristigen Therapieerfolgs explorativ geprüft. Hierzu wurden mit den in den bivariaten Analysen signifikanten Prädiktoren als Regressoren und den Prä-Post-Differenzwerten im SOMS-7 als abhängige Variable multiple hierarchische Regressionsanalysen durchgeführt. Zur Kontrolle des Ausgangswerts der Symptomintensität wurden im ersten Block der

Tab. 1. Produkt-Moment- bzw. Punkt-biseriale-Korrelationen der Prädiktoren und der kurz- und langfristigen Symptomreduktion im SOMS-7

Prädiktorvariablen zu Therapiebeginn	Kurzfristige Symptomreduktion im SOMS-7 ^a	Langfristige Symptomreduktion im SOMS-7 ^a
<i>Schwere der somatoformen Symptomatik</i>		
Symptomintensität – SOMS-7	0,23*	0,45***
Symptomanzahl ^b	0,24*	0,39***
<i>Komorbide psychische Störungen</i>		
Komorbide Angst (n,%)	0,26**	0,13
Komorbide Episode Major Depression (n,%)	0,11	0,02
<i>Dimensional erfasste Angst und Depressivität</i>		
Depressivität – HADS	0,13	0,12
Angst – HADS	0,19	0,27**
<i>Soziodemographische Merkmale</i>		
Alter	-0,03	-0,11
Geschlecht	-0,06	-0,08
Schulbildung	-0,10	-0,03

SOMS-7: Screening für somatoforme Störungen, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.
^a Produkt-Moment-Korrelation für intervallskalierte Daten, punkt-biseriale Korrelation für nominalskalierte Prädiktoren.
^b Im Interview erfasste Symptomanzahl nach einer um Symptome des ICD-10 ergänzten Symptomliste des DSM-IV.
 *p < 0,05, **p < 0,01; ***p < 0,001.

Analyse die Ausgangswerte im SOMS-7 eingegeben. Im zweiten Block wurden die in den Korrelationsanalysen signifikanten Prädiktoren aufgenommen.

Zur Prüfung der Prämissen zur Durchführung einer multiplen Regressionsanalyse (Normalverteilung, Linearität, statistische Unabhängigkeit der Residuen [Autokorrelationen], Homoskedastizität und Multikollinearität) wurden die in der Literatur beschriebenen Verfahren und Tests verwendet [Backhaus et al., 2000; Cohen et al., 2003], Abweichungen werden gegebenenfalls angegeben.

Ergebnisse

Komorbide Angststörungen und Depressivität

Zusätzlich zur somatoformen Störung leiden 38,7% der Patienten unter einer Angststörung (Agoraphobie und/oder Panikstörung 25,5%, soziale Phobie 10,4%, spezifische Phobie 6,6%, generalisierte Angststörung 12,3%). Bei 5,7% liegt komorbid eine akute Episode einer Major Depression vor; 12,2% der Patienten berichten komorbid sowohl über eine depressive Episode als auch eine Angststörung. In der HADS-Angstskala erzielen die Patienten einen Summenwert von $M = 10,3$ ($SD = 4,2$; Cut-off bei 11); in der Depressionsskala einen Summenwert von $M = 7,1$ ($SD = 4,8$; Cut-off bei 9).

Bivariate Prädiktion des Therapieerfolgs

Tabelle 1 zeigt, dass weder das komorbide Vorliegen einer depressiven Episode noch die Ausprägung in der HADS-Depressionsskala mit dem kurz- und langfristigen Therapie-

erfolg assoziiert ist. Patienten mit einer somatoformen Störung und komorbider Angststörung zeigen kurzfristig eine stärkere Reduktion ihrer somatoformen Beschwerden. Langfristig verfehlt dieser Zusammenhang die Signifikanz. Dennoch findet sich langfristig ein positiver Zusammenhang zwischen höheren HADS-Angstwerten und der Reduktion somatoformer Beschwerden. Die stärksten Zusammenhänge zeigen sich jedoch sowohl kurz- als auch langfristig zwischen der initialen Symptomanzahl und Intensität der somatoformen Störung und dem Therapieerfolg. Soziodemographische Variablen sind prädiktiv nicht bedeutsam.

Multivariate Prädiktion des Therapieerfolgs

In den multiplen hierarchischen Regressionsanalysen trägt lediglich die im ersten Block eingeführte Intensität der somatoformen Störung zu Therapiebeginn zur Prädiktion des kurz- und langfristigen Therapieerfolgs bei. Insgesamt erreichen die beiden Regressionsmodelle statistische Signifikanz (kurzfristiger Therapieerfolg: $F_{(1,104)} = 5,81$, $p = 0,018$; langfristiger Therapieerfolg: $F_{(1,104)} = 26,89$, $p < 0,001$) und klären 4,5% bzw. 19,8% der Varianz im Therapieerfolg auf. Die Symptomreduktion ist umso größer, je ausgeprägter die Intensität der somatoformen Störung zu Beginn der Behandlung war. Die jeweils im zweiten Block aufgenommenen Prädiktoren «Symptomanzahl» und «Vorliegen einer komorbiden Angststörung» bzw. «HADS-Angstwert» tragen zu keiner weiteren Varianzaufklärung bei und wurden nicht in die Regressionsmodelle aufgenommen (Tab. 2). Die Ergebnisse sind jedoch nur eingeschränkt zu interpretieren, da Prämissen des linearen multiplen Regressionsmodells verletzt

Tab. 2. Hierarchische Regression zur Prädiktion der Reduktion in der Symptomintensität

Prädiktorvariablen zu T1		B ^b	t	adj. R ²	R ²	Δ R ²
<i>AV: Kurzfristige Reduktion der Symptomintensität – SOMS-7</i>						
1. Schritt	Symptomintensität – SOMS-7	0,14	2,41*	0,05	0,05	0,05*
2. Schritt	Symptomanzahl ^a	3,41	1,11	0,07	0,10	0,05
	Komorbide Angststörung	5,42	1,87			
<i>AV: Langfristige Reduktion der Symptomintensität – SOMS-7</i>						
1. Schritt	Symptomintensität – SOMS-7	0,24	2,92**	0,20	0,21	0,21***
2. Schritt	Symptomanzahl ^a	3,62	1,16	0,19	0,22	0,01
	Angst – HADS	0,01	0,01			

SOMS: Screening für somatoforme Störungen, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale.
^a Im Interview erfasste Symptomanzahl nach einer um Symptome des ICD-10 ergänzten Symptomliste des DSM-IV.
^b Regressionskoeffizient bei Aufnahme in das Regressionsmodell.
 *p <0,05, **p <0,01, ***p <0,001.

sind (Heteroskedastizität und Autokorrelation der Residuen). Insbesondere scheint eine deutliche lineare Abhängigkeit zwischen den Prädiktoren zu bestehen. Die durchgeführte Kollinearitätsdiagnostik bestätigte den Verdacht und zeigte eine deutliche Kollinearität zwischen den unabhängigen Variablen. Eine Konfundierung der Prädiktoren ist sehr wahrscheinlich.

Diskussion

Ziel dieser Studie war es, die prädiktive Bedeutung komorbider Angststörungen und Depressivität für den Therapieerfolg einer ambulanten kognitiv-behavioralen Gruppenbehandlung bei Patienten mit einer somatoformen Störung zu untersuchen. Insgesamt konnte in den multivariaten Regressionsanalysen dem Vorliegen komorbider Angststörung oder Depression keine prädiktive Bedeutung zugeschrieben werden. Lediglich die Intensität der somatoformen Störung bestätigte sich als potenter Prädiktor. Eine höhere Intensität der somatoformen Störung zu Therapiebeginn ging mit einem größeren Therapieerfolg einher. Dieser Befund wurde unabhängig davon, ob der kurz- oder langfristige Therapieerfolg prädiziert wird, durch eine Reihe von Untersuchungen bestätigt [Blanchard et al., 1988; Bleichhardt et al., 2005; Nakao et al., 2001; Nielson und Jensen, 2004; Prins et al., 2001; Rief, 1995; Rief et al., 1995; Thieme et al., 2007]. Jedoch immer nur dann, wenn Prä-Post-Differenzwerte vorhergesagt werden. Werden hingegen die Endzustände bzw. die Post-Werte prädiziert, kehrt sich der Zusammenhang um [Bach und Bach, 1995; Blanchard et al., 2006; Darbishire et al., 2005; Drossman et al., 2003; Ray et al., 1997]. Die erzielte Varianzaufklärung im kurzfristigen Therapieerfolg von 4,5% durch die Intensität der somatoformen Störung ist als gering einzustufen. Demgegenüber ist der Anteil von 19,8% erklärter Varianz im langfristigen Therapieerfolg vergleichbar mit den Ergebnissen anderer Studien bei Patienten mit somatoformen Störungen [z.B. Bleichhardt et al., 2005].

Der Anteil von knapp 40% der Patienten mit einer komorbiden Angststörung entspricht den Angaben in der Studienübersicht von Ebel und Podoll [1998] sowie den Prädiktorstudien im stationären Setting von Rief et al. [1995], Bleichhardt et al. [2005] und Leibbrand et al. [1999]. In den bivariaten Analysen zeigten Patienten mit einer somatoformen Störung und einer komorbiden Angststörung kurzfristig einen besseren Therapieerfolg, jedoch nicht langfristig. Zudem verschwindet der kurzfristige Effekt aufgrund der Konfundierung des Prädiktors «komorbide Angststörung» mit der Symptomintensität und -anzahl in den multivariaten Regressionsanalysen. Dieses Ergebnis bestätigt die Befunde von Bleichhardt [2005] und Leibbrand et al. [1999].

Auch die dimensional gemessene Angst konnte in den multivariaten Analysen nicht als Prädiktor bestätigt werden. Eine Reihe von Studien kommt zu vergleichbaren Ergebnissen [Blanchard et al., 1992; Bleichhardt et al., 2005; Chalder et al., 2003; Darbishire et al., 2005]. Diese unterscheiden sich substanziell von den Ergebnissen dreier Untersuchungen [Blanchard et al., 2006; Blanchard et al., 1988; Ray et al., 1997], die negative Zusammenhänge, und zweier Studien [Kolk et al., 2004; Nakao et al., 2001], die positive Zusammenhänge zwischen der Angstaussprägung und dem Outcome finden konnten. Die Differenzierung der Studienbefunde nach methodischen Aspekten wie Stichprobengröße und -auswahl, Therapiedosis, Operationalisierung der Prädiktoren, Definition des Therapieerfolgs, Länge des Follow-up-Zeitraumes oder der Auswertungsstrategie kann die diskrepante Befundlage nicht aufklären. In der Tendenz kann daher bisher davon ausgegangen werden, dass Angst keinen oder zumindest nur einen kleinen Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Weitere Replikationen der Befunde mit vergleichbarer Methodik sind erforderlich [vgl. Steketee und Chambless, 1992].

Auffallend ist der deutlich geringere Anteil von Patienten mit komorbider Depression in der Stichprobe, verglichen mit anderen Prädiktorstudien, die Komorbiditätsraten zwischen 60 und 70% angeben [Bleichhardt et al., 2005; Leibbrand et al., 1999; Rief et al., 1995]. Dies ist damit zu begründen, dass in

unserer Arbeit nur Patienten mit einer akuten Episode einer unipolaren Major Depression als komorbid depressive Patienten klassifiziert wurden, jedoch nicht Patienten mit einer rezidivierenden Depression und gegenwärtig subklinischer bzw. remittierter Symptomatik oder dysthyme Patienten. Dennoch erwies sich das Vorhandensein einer komorbiden depressiven Episode weder unmittelbar noch 6 Monate nach dem Therapieende als Prädiktor für den Therapieerfolg. Zum gleichen Ergebnis kommen auch Blanchard et al. [2006] sowie Leibbrand et al. [1999] und Bleichhardt et al. [2005] in ihren Arbeiten. Dieser Befund unterscheidet sich substanziell von den Ergebnissen von Rief und Kollegen [1995]. In deren Stichprobe litten Patienten mit einer somatoformen Störung und komorbider affektiver Störung zu Therapiebeginn 2 Jahre nach Therapieende sehr viel wahrscheinlicher weiterhin unter somatoformen Störungen als Patienten ohne komorbide affektive Störung. Möglicherweise wirkt sich ein negativer Einfluss einer gleichzeitig bestehenden depressiven Störung auf die somatoformen Beschwerden erst langfristig aus.

Kongruent mit dem nichtsignifikanten Einfluss einer komorbiden depressiven Episode auf das Ergebnis war in keiner unserer Analysen die Ausprägung dimensional erfasster Depressivität mit dem Therapieerfolg assoziiert. Dies bestätigt die überwiegende Anzahl von Studien, die ebenfalls weder kurz- [Blanchard et al., 1992; Bleichhardt et al., 2005; Deale et al., 1997; Keel et al., 1998; Matzen, 2003; Nakao et al., 2001] noch langfristig [Bleichhardt et al., 2005; Chalder et al., 2003; Darbishire et al., 2005; Deale et al., 1997; Keel et al., 1998; Matzen, 2003; Ray et al., 1997] Zusammenhänge zwischen Depressivität und dem Therapieerfolg zeigen konnten. Wie in der Einleitung ausgeführt liegen auch Arbeiten vor, die kurz- und langfristig negative Zusammenhänge belegen können. Auch hier kann eine Differenzierung der Studienbefunde nach methodischen Aspekten – insbesondere nach der Dauer des Nachuntersuchungszeitraums – nicht die diskrepante Befundlage aufklären.

Die vorliegende Studie hat einige Limitationen, die die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken: Erstens ist fraglich, ob die Ergebnisse dieser Studie auf die Gesamtheit der Patienten mit somatoformen Störungen generalisierbar sind oder ob es sich um eine selbstselektierte, zur Psychotherapie motivierten Subgruppe von Patienten handelt. Zweitens war das Behandlungsprogramm nicht vollständig standardisiert. Spezifische Bedingungen zu stellen, insbesondere an eine gegebenenfalls begleitende psychopharmakologische Behandlung, wie diese beispielsweise für den Untersuchungszeitraum auszusetzen, hätte jedoch zu

einer weiteren Selektion der Stichprobe geführt. Eine dritte Einschränkung der Aussagekraft dieser Arbeit ist durch das in dieser Untersuchung gewählte Untersuchungsdesign ohne unbehandelte Vergleichsgruppe bedingt. Dies ermöglicht keine Unterscheidung zwischen Prädiktoren für den Therapieerfolg einer kognitiv-behavioralen Intervention und Prädiktoren, die für den Verlauf bei unbehandelten Patienten bedeutsam sind. In ihrem systematischen Review zum natürlichen Verlauf somatoformer Beschwerden konnten olde Hartman und andere [2009] zeigen, dass eine ungünstigere Prognose bei Patienten mit einer hohen Symptomanzahl besteht. Komorbide psychische Störungen hatten aber keinen Einfluss auf den Verlauf der somatoformen Symptomatik. Auch wenn die dort untersuchten Patienten kein strukturiertes Behandlungsprogramm durchlaufen haben, so handelte es sich in diesen Studien nicht zwangsläufig um «unbehandelte» Patienten. Dennoch kann aufgrund der Befunde von olde Hartman et al. [2009] nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass die Nichtsignifikanz der Prädiktoren «komorbide Angststörungen» und «Depression» in unserer Studie spezifisch für den Verlauf nach einer kognitiv-behavioralen Behandlung ist. Viertens lässt sich nicht ausschließen, dass die prädiktive Bedeutung einer initial hohen Intensität der somatoformen Störung für den Therapieerfolg nicht zumindest teilweise dem statistischen Artefakt der Regression zur Mitte zuzuschreiben ist, besonders da die Varianz der abhängigen Variable «Symptomintensität» von Therapiebeginn zur Katamnese abnimmt [Rogosa, 1995]

Abgesehen von diesen Limitationen lässt sich zusammenfassend festhalten, dass sich ein substanzieller Anteil des langfristigen Therapieerfolgs durch Patientenvariablen vorhersagen lässt. Insbesondere somatoform stark beeinträchtigte Patienten profitieren von einer ambulanten Kurzzeittherapie zur Bewältigung somatoformer Störungen. Patienten, die zusätzlich unter einer komorbiden Depression oder Angststörung leiden, zeigen keine geringere Reduktion ihrer somatoformen Symptomatik unmittelbar nach Abschluss der Therapie sowie zum Katamnesezeitpunkt. Auch ihnen kann daher eine ambulante kognitiv-behaviorale Gruppentherapie empfohlen werden.

Disclosure Statement

Die Studie wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft mit Sachbeihilfen gefördert (DFG SCHR 345/2–1). Wir bestätigen, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Bach M, Bach D: Predictive value of alexithymia: a prospective study in somatizing patients. *Psychother Psychosom* 1995;64:43–48.
- Backhaus K, Erichson B, Plinke W, et al.: *Multivariate Analysemethoden*. Berlin, Springer, 2000.
- Bentall RP, Powell P, Nye FJ, et al.: Predictors of response to treatment for chronic fatigue syndrome. *Br J Psychiatry* 2002;181:248–252.
- Bernstein DA, Borkovec TD: *Entspannungstraining. Handbuch der Progressiven Muskelentspannung*. München, Pfeiffer, 1992.
- Blanchard EB, Lackner JM, Gusmano R, et al.: Prediction of treatment outcome among patients with irritable bowel syndrome treated with group cognitive therapy. *Behav Res Ther* 2006;44:317–337.

- Blanchard EB, Scharff L, Payne A, et al.: Prediction of outcome from cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *Behav. Res. Ther.* 1992; 30:647–650.
- Blanchard EB, Schwartz SP, Neff DF, et al.: Prediction of outcome from the self-regulatory treatment of irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 1988; 26:187–190.
- Bleichhardt G, Timmer B, Rief W: Prädiktoren für den direkten und längerfristigen Therapieerfolg bei Patienten mit somatoformen Störungen nach verhaltenstherapeutischer Behandlung. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 2005;33:40–58.
- Chalder T, Godfrey E, Ridsdale L, et al.: Predictors of outcome in a fatigued population in primary care following a randomized controlled trial. *Psychol. Med.* 2003;33:283–287.
- Cohen J, Cohen P, West SG, et al.: *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences.* Mahwah, NJ, Erlbaum, 2003.
- Creed F, Barsky AJ: A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004;56:391–408.
- Darbishire L, Seed P, Ridsdale L: Predictors of outcome following treatment for chronic fatigue. *Br J Psychiatry* 2005;186:350–351.
- Deale A, Chalder T, Marks I, et al.: Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1997;154: 408–414.
- Drossman D, Toner B, Whitehead W, et al.: Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2003; 125:19–31.
- Ebel H, Podoll K: Komorbidität von somatoformen Störungen mit anderen psychischen Störungen; in Rudolf G, Henningsen P (eds): *Somatoforme Störungen.* Stuttgart, Schattauer, 1998, pp 23–38.
- Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A, et al.: Somatoform disorders: comorbidity with other DSM-III-R psychiatric diagnosis in Greece. *Compr Psychiatry* 1999;40:299–307.
- Heider J: Wer profitiert? Patientenseitige Prädiktoren für den Therapieerfolg in der ambulanten kognitiv-behavioralen Psychotherapie bei Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen. Göttingen, Cuvillier, 2007.
- Henningsen P, Jakobsen T, Schiltenswolf M, et al.: Diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:85–92.
- Herrmann-Lingen C, Buss U, Snaith RP: HADS-D. Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Ein Fragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität in der somatischen Medizin. Göttingen, Hogrefe, 1995.
- Hiller W, Zaudig M, Mombour W: *Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-VI.* Bern, Huber, 1997.
- Keel PJ, Bodoky C, Gerhard U, et al.: Comparison of integrated group therapy and group relaxation training for fibromyalgia. *Clin J Pain* 1998;14:232–238.
- Kolk AM, Schagen S, Hanewald GJFP: Multiple medically unexplained physical symptoms and health care utilization. Outcome of psychological intervention and patient-related predictors of change. *J Psychosom Res* 2004;57:379–389.
- Leibbrand R: Therapieeffekt bei somatoformen Störungen in Abhängigkeit vom zusätzlichen Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen. Landau, Empirische Pädagogik, 1997.
- Leibbrand R, Hiller W, Fichter M: Effect of comorbid anxiety, depressive, and personality disorders on treatment outcome of somatoform disorders. *Compr Psychiatry* 1999;40:203–209.
- Lieb R, Meinlschmidt G, Araya R: Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosom Med* 2007;69:860–863.
- Martin A, Korn HJ, Cebulla M, et al.: Kausalattributionen von körperlichen Beschwerden bei somatoformen Störungen. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2007;55:31–41.
- Matzen K: Evaluation eines psychologischen Behandlungsprogramms bei chronischen Unterbauchbeschwerden und Fibromyalgie. Göttingen, Cuvillier, 2003.
- Nakao M, Fricchione G, Myers P, et al.: Anxiety is a good indicator for somatic symptom reduction through behavioral medicine intervention in a mind/body medicine clinic. *Psychother Psychosom* 2001;70:50–57.
- Nielson W, Jensen MP: Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with fibromyalgia syndrome. *Pain* 2004;109:233–241.
- olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, et al.: Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res* 2009;66: 363–377.
- Prins JB, Bleijenberg G, Bazelmans E, et al.: Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2001;357:841–847.
- Ray C, Jefferies S, Weir WRC: Coping and other predictors of outcome in chronic fatigue syndrome: a 1-year follow-up. *J Psychosom Res* 1997;43:405–415.
- Rief W: *Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie.* Bern, Huber, 1995.
- Rief W, Bleichhardt G, Timmer B: Gruppentherapie für somatoforme Störungen – Behandlungsleitfaden, Akzeptanz und Prozessqualität. *Verhaltenstherapie* 2002;12:183–191.
- Rief W, Hiller W, Geissner E, et al.: A two-year follow-up study of patients with somatoform disorders. *Psychosomatics* 1995;36:376–383.
- Rief W, Hiller W, Heuser J: *SOMS. Das Screening für Somatoforme Störungen.* Manual zum Fragebogen. Bern, Huber, 1997.
- Rogosa DR: Myths and methods: «Myths about longitudinal research», plus supplemental questions; in Gottman JM (ed): *The analysis of change.* Hillsdale, New Jersey, Erlbaum, 1995, 3–65.
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M, et al.: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen.* Textrevision. DSM-IV-TR. Göttingen, Hogrefe, 2003.
- Steketee G, Chambless D: Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clin Psychol Rev* 1992;12:387–400.
- Thieme K, Turk DC, Flor H: Responder criteria for operant and cognitive-behavioral treatment of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Care Res* 2007;57: 830–836.
- Turk DC, Okifuji A, Sinclair JD, et al.: Interdisciplinary treatment for fibromyalgia syndrome: Clinical and statistical significance. *Arthritis Care Res* 1998; 11:186–195.
- Zaby A: *Kognitiv-behaviorale Gruppentherapie bei Patientinnen und Patienten mit multiplen somatoformen Symptomen. Eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie.* Göttingen, Cuvillier, 2009.
- Zaby A, Heider J, Schröder A: Warten, Entspannung oder Verhaltenstherapie: Wie effektiv sind ambulante Gruppenbehandlungen bei multiplen somatoformen Symptomen? *Z Klin Psychol Psychother* 2008;37:15–23.